Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

29 323 Prenatale screening

32 279 Zorg rond zwangerschap en geboorte

Nr. 98

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG
Vastgesteld 24 december 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 25 november 2015 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d.14 april 2015 houdende de aanbieding van het rapport van de Gezondheidsraad Neonatale screeningen, nieuwe aanbevelingen (Kamerstuk 29 323, nr. 93);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 mei 2015 houdende de aanbieding en reactie op het rapport van het Zorginstituut Nederland over kraamzorg (Kamerstuk 32 279, nr. 68);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juli 2015 over neonatale hielprikscreening (Kamerstuk 29 323, nr.96);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 juli 2015 houdende de stand van zaken Zwangerschap en Geboorte (Kamerstuk 32 279, nr.69);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 september 2015 houdende een verslag van de vruchtbaarheidsbijeenkomst (Kamerstuk 30 486, nr.10);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 november 2015 over de Quickscan geboortezorg NZa en het plan van aanpak voor preventie van het College Perinatale Zorg (CPZ) (Kamerstuk 32 279, nr. 71).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

kst-29323-98
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

Voorzitter: Lodders
Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Pia Dijkstra, Dik-Faber, Van Gerven, Lodders, Rutte en Wolbert,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

Aanvang 14.03 uur.

De **voorzitter**: Hartelijk welkom bij het algemeen overleg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport met als onderwerp zwangerschap en geboorte. Ik heet de Minister en haar ambtelijke ondersteuning van harte welkom, en ook de Kamerleden en de mensen die het debat hier of elders volgen. Ik hanteer een spreektijd van vier minuten. Ik sta in eerste termijn twee interrupties per fractie toe.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Elk jaar bevallen in Nederland ongeveer 175.000 vrouwen. Gelukkig gaat het meestal goed met moeder en kind, maar helaas overlijden ook elk jaar 1.700 baby's in Nederland. Daarvan zijn 400 overlijdens vermijdbaar. Er is dus nog veel te doen. Nederland is qua foetale en perinatale sterfte van een ongunstige naar een gemiddelde positie gestegen. Qua neonatale sterfte is de gemiddelde positie echter niet verbeterd, omdat andere Europese landen gemiddeld een sterkere afname van de neonatale sterfte kennen. Kan de Minister toelichten wat die landen hebben gedaan en wat wij hebben nagelaten, om die sterkere afname te realiseren?
Regionale samenwerking is belangrijk om een zo goed mogelijke zorg te kunnen bieden aan een vrouw met een zwangerschapswens of aan een vrouw die al zwanger is. Daar zijn we het over eens. Het College Perinatale Zorg (CPZ) beziet momenteel hoe zo'n samenwerkingsverband eruit kan zien. Zijn deze modellen inmiddels beschikbaar? Wat vindt de Minister van de onderzoeksresultaten waaruit blijkt dat er betere effecten worden verkregen als specialisten alleen in nood bij deze samenwerkingsverbanden worden betrokken?
De Minister stuurt sterk op integrale financiering. Er wordt gewerkt aan een advies om per 1 januari 2017 integrale bekostiging in te voeren, maar is de Minister het met mij eens dat de wijze van financiering de inhoud moet volgen? Is het niet van het grootste belang dat we eerst naar de uitkomsten van de experimenten kijken, alvorens de stap tot integrale bekostiging te zetten?
Weer gaat een klinisch verloskundige afdeling sluiten, en wel de kraamafdeling van het Vlietland Ziekenhuis. Er vinden jaarlijks 1.400 bevallingen plaats. De afdeling is belangrijk voor de inwoners van Schiedam en Vlaardingen. Is de Minister met ons van mening dat het vernietigen van de klinische verloskunde in het Vlietland de spreiding, kwaliteit en toegankelijkheid niet ten goede komt? Wat gaat de Minister eraan doen? Of blijft ze langs de zijlijn toekijken?
Ik ben overigens erg blij dat de kraamzorg niet uit het pakket wordt gehaald. Dit is een zeer verstandig besluit, want het is medisch noodzakelijke zorg met een groot preventief belang. De eigen bijdrage die men moet betalen als men om niet-medische redenen in het ziekenhuis wil bevallen, vormt wel een probleem. We hebben brieven van verzekeraars ontvangen, die een eigen bijdrage ongewenst vinden. Ook het CPZ vindt een eigen bijdrage in het geboortezorgtraject ongewenst. Is de Minister bereid om deze drempel te schrappen? Het moet toch een vrije keuze zijn of men thuis of in het ziekenhuis wil bevallen?
Volgens Metakids, een stichting die zich inzet voor kinderen met een stofwisselingsziekte, moet er een verbeterslag worden gemaakt in de

kennis over deze ziektes. Is de Minister van plan om aan de weinige kennis op dit terrein te sleutelen en te bekijken hoe we deze kunnen verbeteren?
Er is een motie aangenomen die vraagt om op nationaal niveau zo snel mogelijk goede voorlichting te geven aan kwetsbare groepen, waaronder zwangere vrouwen, over hormoonverstorende stoffen. Welke maatregelen gaat de Minister nemen? We kunnen niet wachten op Europa en we moeten onze bevolking op dit moment al beschermen, zoals de landen om ons heen ook doen.
Verder denk ik dat het heel belangrijk is om meer in te zetten op preventie. In het CPZ moet volgens de SP ook een huisarts zitting nemen. Ik begrijp dat hierover discussie is. Een huisarts is bij uitstek geschikt om naar de preventieve kant te kijken. Ziet de Minister een rol voor zichzelf om hierin te bemiddelen, om het CPZ op deze wijze uit te breiden?
Is de Minister bereid het preconceptieconsult voor elke vrouw in te voeren? Uit onderzoek van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) blijkt dat dit nodig is.
Mijn laatste punt is dat het werk van een verloskundige mooi en waardevol is. Maar er kunnen ook ingrijpende gebeurtenissen plaatsvinden; denk aan sterfte van een kind of in een heel enkel geval de moeder. Is er op de werkvloer van de verloskundige voldoende aandacht voor de impact van deze ingrijpende gebeurtenissen?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Het is in ons welvarende land bijna onbestaanbaar dat er nog steeds zoveel geboortesterfte is en dat er een ongelijkheid is tussen verschillende groepen van onze bevolking. Vooral bij kwetsbare groepen is er nog steeds een hoge babysterfte en een hoog aantal afwijkingen als gevolg van onder andere een slechte leefstijl. De kans op een goede gezondheid wordt dus al voor de geboorte bepaald. Het akelige is het besef dat deze verschillen en die sterfte vermijdbaar zijn. Volgens de laatste cijfers – weliswaar verouderd, maar het zijn de laatste die we hebben – gaat het om 1.700 overleden baby's, waarvan 400 gevallen te voorkomen waren geweest. De Minister deelt waarschijnlijk mijn ervaring uit werkbezoeken. Bij pilots en experimenten, bij innovatieve doeners, is er altijd ongelooflijk veel inzet en energie van de betrokkenen. Maar als je er even boven gaat hangen, moet je constateren dat veel aanbevelingen van de stuurgroep van het CPZ na jaren ploeteren nog steeds niet zichtbaar zijn uitgevoerd. Het allerergste is dat het urgentiegevoel dat we een aantal jaren geleden nog wel hadden, gewoon weg lijkt te kabbelen. Daarover maakt de PvdA zich grote zorgen. Er is binnen de Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) niet genoeg gedaan met de preventieve aanbevelingen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) constateerde dit een jaar geleden al. Dit is zorgwekkend en, vooral voor kwetsbare groepen, ontluisterend. Het CDA heeft hiervoor een mooie aanzet gedaan met het actieplan tegen roken, maar het moet veel breder. De preventieve aanpak is nu deel van een groot geheel, maar de PvdA heeft het gevoel dat het gaat om een schot hagel terwijl veel meer richting en sturing nodig is. Is het niet tijd voor een actieplan preventie op dit vlak, specifiek voor de doelgroepen waarmee we het stadium van de pilots en experimenten voorbij zijn, waarbij we heel gericht inzetten op wat we weten? Het gaat in tegenstelling tot een algemeen preventieplan niet om overgewicht of meer bewegen; het gaat heel acuut om leven en dood. Ik wil het urgentiegevoel snel terug op de agenda zien.

De heer **Rutte** (VVD): Mevrouw Wolbert houdt een zeer gloedvol betoog voor preventie. Ik hoorde de heer Van Gerven er ook al over en mevrouw Wolbert zal niet de laatste zijn die zich vandaag uitspreekt over het belang ervan in de geboortezorg. Ik heb me hierover gisteren uitgebreid laten voorlichten door een aantal belanghebbenden. Wat me vaker opvalt bij

preventie is dat er veel warme woorden zijn over het grote belang ervan, maar dat er geen grip is op de manier waarop we het doen, hoe we ervoor zorgen dat de juiste informatie op het juiste moment bij de juiste persoon komt. Op het moment dat iemand al zwanger is, is het te laat. Doorgaans kunnen we niet voorspellen dat iemand van plan is zwanger te worden. Heeft de PvdA gerichte ideeën hoe we preventie kunnen invullen? Daarin ben ik zeer geïnteresseerd.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Hierover hebben we in de Kamer en in deze commissie al eerder discussies gevoerd. Er zijn goede voorbeelden van. De gemeente Den Haag stuurt at random vrouwen die een bepaalde leeftijd hebben bereikt, een brief. De strekking daarvan is dat men zich vooral niet aangesproken moet voelen als men nog geen kinderwens heeft, maar dat men, als dat wel het geval is, op een aantal punten wordt gewezen. Men kan zich op bepaalde plaatsen melden of op een website kijken. De brief roept op vooral op tijd te starten met het slikken van bepaalde middelen en te stoppen met drinken en roken, al voordat men zwanger is. CenteringPregnancy is een ander voorbeeld. Dit is een goede, bewezen manier van werken, waarbij tijdens de zwangerschap wordt gewerkt aan de gezondheid van moeder en kind. Is het niet de hoogste tijd dat we het stadium van pilots en experimenten achter ons laten? We weten wat werkt en we weten om welke doelgroep het gaat. Laten we gericht inzetten waar dit het hardste nodig is.

De heer **Rutte** (VVD): Ik hoorde één voorbeeld, CenteringPregnancy. Daar ben ik erg enthousiast over. Ik vertel er straks ook iets over. Dan zijn vrouwen al zwanger en kunnen we heel veel doen. Het andere voorbeeld, uit Den Haag, vind ik juist heel ongelukkig. Ik ben bestookt met berichten door mensen uit de VVD, die erg boos waren over die brief en ook vrouwen die niet zwanger kunnen worden en die zich uitermate beledigd voelen. Als preventie inhoudt dat we mensen op deze manier tegen de haren in strijken, moeten we het misschien niet doen, ondanks alle goede bedoelingen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Met alle respect voor degenen die daar akelig en persoonlijk door getroffen worden, zie ik dat er in het veld veel steun is voor dit soort proactieve manieren van werken. Ik ben geen expert in wat bewezen effectief is, en ik denk de heer Rutte ook niet. Ik heb begrip voor degenen die door zoiets worden getroffen, maar het gaat over de vraag hoe we voorkomen dat in sommige wijken en buurten in Nederland kinderen onnodig sterven. Dat moet de hoofdzaak zijn. Ik laat graag aan de experts over wat de beste manier is. Dat het tijd wordt dat we kiezen voor een gerichte aanpak staat voor mij echter als een paal boven water.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil het wat concreter maken. Ik begrijp dat de PvdA preconceptiezorg en preventieve geboortezorg wil richten op bepaalde risicogroepen. Het advies van de Gezondheidsraad, dat overigens alweer van 2007 is, zegt echter dat er een algemeen programma preconceptiezorg moet komen voor alle vrouwen. Is de PvdA het eens met dit advies?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik wil niet de pretentie hebben dat ik het beter weet dan de Gezondheidsraad, maar de inspectie constateert dat bij vrouwen in achterstandssituaties nog een lange weg te gaan is, al was het maar omdat daar de geboortesterfte het hoogste is. Voor het terugdringen van sterfte moeten we beginnen waar het effect het grootste en het rendement het hoogste is. Ik constateer tegelijkertijd dat we daar steken laten vallen. Met alle respect voor het advies van de Gezondheidsraad over preconceptiezorg vraag ik de Minister of het niet hoog tijd wordt om

alles wat we weten te bundelen en doelgroepenbeleid te starten, zoals ook de inspectie constateert.

De heer **Van Gerven** (SP): De Gezondheidsraad stelt juist voor om een centraal programma op te stellen en alle initiatieven te coördineren, voor alle vrouwen. Dit advies is al van acht jaar geleden, ik zeg het nog maar eens. De risicogroepen verdienen natuurlijk speciale aandacht, maar de Gezondheidsraad roept op dit te doen voor alle vrouwen. Is de PvdA bereid om het preconceptieconsult, dat hierin een rol speelt, beschikbaar te stellen voor alle vrouwen, en niet alleen op indicatie?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Hoe breder de doelgroep, hoe groter het resultaat. Ik snap de aanbeveling van de Gezondheidsraad. De PvdA is verklaard voorstander van het preconceptieconsult. Alles wat we kunnen doen om dit te verstevigen, juichen wij toe.
Iedere vrouw verdient complete zeggenschap over de plek van bevalling. Over een eigen bijdrage heb ik al eens een initiatiefnota ingediend. Die bijdrage moeten we snel afschaffen. Uit de scenarioberekeningen van de zorgverzekeraars blijkt dat er een kostenbesparing van 11% zou zijn. Het levert dus geld op, in plaats van dat het geld kost. Deze discussie heb ik een paar jaar geleden met de Minister gevoerd. Ik stel vast dat de laatste belemmeringen volgens de zorgverzekeraars kennelijk zijn weggenomen, maar dat de onderliggende analyses niet beschikbaar zijn. De PvdA wil dat de Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Minister die businesscases beschikbaar stellen en voor het einde van dit jaar openbaren. Wij weten dan allemaal waarop ze gebaseerd zijn. Waarom liggen deze businesscases al een jaar op de plank? Waarom houdt ZN een pleidooi voor afschaffen, maar komen verzekeraars niet over de brug? Wat is de rol van de Minister hierin? Kan zij hierin een rol spelen? Het is te gek voor woorden dat mensen een eigen bijdrage moeten betalen voor het bevallen in het ziekenhuis, terwijl het afschaffen ervan geld op zou leveren.
De kraamzorg is essentieel en hoort in het basispakket. Dat zegt de Minister ook. Ze laat het veld onderzoek doen naar meer maatwerk, maar dat is in haar woorden vooral de vraag waar het een onsje minder kan. Ik wil de Minister in de maatwerkdiscussie meegeven dat in kwetsbare gezinnen juist meer nodig kan zijn, en wil niet op voorhand beweren dat bezuinigingen mogelijk zijn op plekken waar het een onsje minder kan.

De heer **Van Gerven** (SP): We hebben standpunten ontvangen van het CPZ, maar ook van ZN, die er beide voor pleiten om de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling af te schaffen. Zij vinden die onwenselijk in het traject van geboortezorg. Daarin horen geen financiële drempels voor de keuze die vrouwen of toekomstige ouders maken. Hoe staat de PvdA hierin?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik denk dat de heer Van Gerven niet goed heeft geduid wat ik net zei. Ik zei dat ik hierover anderhalf jaar geleden een initiatiefnota heb ingediend. Daarin staat niets meer en niets minder dan «schaf de eigen bijdrage af, omdat vrouwen overal moeten kunnen bevallen waar ze willen». De PvdA vindt dat geld, een eigen bijdrage, daarin geen rol mag spelen. Ik pleitte er destijds voor, omdat het budgettair neutraal zou kunnen. Als dat niet kon, wilde ik het betalen uit het integrale tarief. Daarmee zouden we de dubbele declaraties immers kunnen vermijden. De Minister zei toen dat het een uitbreiding van het basispakket zou zijn en dus meer geld zou kosten. Nu ligt er een berekening van ZN, waaruit blijkt dat het zelfs goedkoper is als we de eigen bijdrage afschaffen. Daarom wil ik die businesscase zien en vraag ik de Minister welke rol zij hierin kan spelen.

De heer **Van Gerven** (SP): Dit is goed nieuws. Wij zullen op dit punt een motie indienen en de Kamer met betrekking tot de eigen bijdrage om een uitspraak vragen. Ik heb het idee dat de Minister de mening van de PvdA en de SP in dezen niet wil volgen. Misschien dat er wel een Kamermeerderheid voor te vinden is.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dan geloof ik dat ik mijn eigen initiatiefnota van stal haal en die opnieuw ter discussie stel, maar dat is techniek en het gaat om de inhoud.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Er worden mooie stappen gezet in de geboortezorg. We zijn op weg naar integrale zorg, kraamzorg blijft in het basispakket en veel partijen werken samen aan een Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Dit stemt mij allemaal positief. Zoals ook al door anderen genoemd, zijn er natuurlijk verbeterpunten. We zien in Nederland weliswaar een dalende trend in de babysterftecijfers, maar we staan niet aan de top in Europa, zoals we op andere onderdelen van de zorg wel doen. Het sterftecijfer kan dus lager worden. Op welke manier denkt de Minister dit het komende jaar te doen?
Mogelijke oplossingen voor babysterfte zijn te vinden op het terrein van preventie. Mooie initiatieven, zoals CenteringPregnancy, zorgen ervoor dat vrouwen met elkaar in contact komen en ervaringen en kennis delen over gezond zwanger zijn. Ook preconceptiezorg op vmbo-scholen kan een belangrijke bijdrage leveren aan meer kennis over zwanger worden en zwanger zijn. Dit is eigenlijk een antwoord op de vraag van de heer Rutte aan de PvdA. Heeft de Minister zicht op het aantal scholen waar dit wordt gefaciliteerd? Ziet zij mogelijkheden om deze programma's verder uit te rollen? Kan ze aangeven hoe het staat met Healthy Pregnancy 4 All? Werpt dit programma zijn vruchten af? Op hoeveel plaatsen wordt het uitgevoerd?
Het advies over integrale bekostiging van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uit 2012 is helder: doe dit nog niet omdat de randvoorwaarden ontbreken. Op 28 oktober 2015 stelde de NZa dat de invoering van integrale bekostiging een omvangrijke transitie is, waarmee risico's gepaard gaan. De NZa is niet de enige partij die waarschuwt voor risico's. Laat er geen misverstand over bestaan: D66 begrijpt dat de huidige bekostigingssystematiek niet houdbaar is en dat we die moeten aanpassen. D66 is een voorstander van een integrale bekostiging, maar elke zorgaanbieder heeft nu een afzonderlijke financiële prikkel die niet altijd in lijn is met het belang van de zwangere vrouw. Dit is niet ideaal. Integrale bekostiging is daarom een goed alternatief en een middel om één integrale aanpak te faciliteren en samenwerking te bevorderen. De integrale bekostiging is echter geen doel waarop we blindelings moeten afstevenen. Ik hoor van diverse partijen dat sommige regio's nog helemaal niet klaar zijn, zelfs niet voor de eerste stappen naar integrale bekostiging. Heeft de Minister zicht op de gevolgen die het zou hebben voor deze regio's als het nieuwe systeem toch per 2017 wordt ingevoerd? Invoering is een ingrijpende beleidswijziging. Het lijkt me dat we de laatste tijd voldoende voorbeelden hebben gezien van de wijze waarop ingrijpende beleidswijzigingen kunnen misgaan. Daarom pleit D66 voor een gefaseerde invoering van de integrale bekostiging. Graag een reactie van de Minister.
In 1983 werd het eerste kind geboren dat met IVF was verwekt. Sindsdien zijn er vele IVF-baby's bij gekomen. Opvallend genoeg doen wij weinig tot geen onderzoek naar de langetermijneffecten voor kinderen die geboren zijn via IVF. Is de Minister bereid geld vrij te maken om onderzoek te doen naar de langetermijneffecten voor kinderen die op deze manier ter wereld zijn gekomen?
De Gezondheidsraad verwacht grote ontwikkelingen door screening op DNA-niveau en acht onderzoek hiernaar op korte termijn noodzakelijk. In

zijn rapport vraagt de Gezondheidsraad om een verzoek van de Minister hiertoe. Het lijkt mij ook belangrijk dat dit gaat gebeuren. Is de Minister bereid om de Gezondheidsraad om dit onderzoek te vragen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Het is mooi om te zien dat na de Kamerbrede wens tot meer preventie er nu een plan van aanpak ligt voor preventie- en preconceptiezorg voor en gedurende de zwangerschap. Het CPZ gaat dit plan van aanpak verder uitwerken in een breedgedragen Beleid Preventie Geboortezorg. Het CDA vindt dit heel belangrijk, vooral omdat de kern van de preventie is het voorkomen dat zwangere vrouwen roken en drinken voor en tijdens de zwangerschap. Mijn collega van de PvdA sprak hier al enkele behartigenswaardige woorden over. Dit streven sluit aan bij het actieplan dat het CDA tijdens de begrotingsbehandeling heeft ingediend over het stoppen van roken tijdens de zwangerschap. De stas, uh, Staatssecretaris heeft gezegd dat hij met dit aspect actief aan de slag gaat. Welke verwachtingen heeft de Minister op dit punt?

De heer **Rutte** (VVD): De min.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Af en toe slijten de afkortingen er zo in dat het huis-tuin-en-keukengebruik wordt.
Een ander belangrijk punt is dat er een vertegenwoordiger van de huisartsen zitting neemt in het CPZ. In de Kamer hebben we hierover al vaker gesproken. Het lijkt erop dat er nog steeds geen huisarts in het CPZ zit. Dit is wel van belang om een beeld te krijgen van de gehele geboortezorgketen, vooral ook van de rol die de huisarts bij preventie speelt. Zit die vertegenwoordiger er nu in of niet? Als dit niet het geval is, wat kan de Minister dan doen om ervoor te zorgen dat we wel iemand uit de eerste lijn, een huisarts, in het CPZ krijgen?
De NZa en ook de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen waarschuwen voor een overhaaste invoering van integrale bekostiging. Diverse regio's zijn nog niet in staat om tot integrale bekostiging van de geboortezorg over te gaan. Mijn collega van D66 heeft hierover de juiste opmerkingen gemaakt. Het advies van de NZa is dan ook om per 1 januari 2017 met een beheerst ingroeimodel te komen. Klopt het dat de Minister de integrale bekostiging niet per 1 januari 2017 oplegt, maar dat het een volwaardige keuzemogelijkheid wordt naast de huidige bekostiging?
Diverse partijen, onder wie de zorgverzekeraars, geven aan dat de eigen betaling voor poliklinische bevalling en de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorguren een belemmering voor de integrale bekostiging zijn. Het brengt een enorme hoeveelheid administratieve lasten met zich mee. De SP, de PvdA en D66 hebben er al iets over gezegd, maar ik heb een aanvullende vraag. De NZa geeft aan dat het de verzekeraars vrij staat om deze kosten vanuit een aanvullende polis of anderszins te vergoeden aan de patiënt, zolang deze kosten niet als uitgave in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) worden aangemerkt en niet ten laste van de verevening worden gebracht. Dit is een enigszins mistige omschrijving. Welke mogelijkheden zijn er voor zorgverzekeraars zodat zwangere vrouwen de eigen bijdrage niet hoeven te betalen?
De Gezondheidsraad heeft een afgewogen advies over de prenatale screenings uitgebracht. Bij screening op niet-behandelbare aandoeningen geeft de Gezondheidsraad aan dat de opname van bepaalde niet-behandelbare aandoeningen in het screeningsprogramma overwogen kan worden, indien wetenschappelijk onderbouwd is dat neonatale screening aanzienlijke gezondheidsschade door trage, foutieve of invasieve diagnostiek weet te voorkomen. Zolang dit niet het geval is, acht de raad een dergelijke uitbreiding van het screeningsprogramma onwenselijk. De Minister heeft een reactie gegeven op dit advies. Zij schrijft echter dat zij een neonatale hielprikscreening op onbehandelbare aandoeningen wil opzetten, waarvoor ouders kunnen kiezen. Het is mij

niet duidelijk hoe deze reactie zich verhoudt tot het advies van de Gezondheidsraad. Wijkt de Minister van het advies af? Is zij van plan om naast het huidige screeningsprogramma een apart programma op te zetten?
We hebben net als andere fracties schriftelijke vragen gesteld over het Vlietland Ziekenhuis. De Minister onderstreept dat partijen uit de geboortezorgketen samen met betrokken gemeentebesturen de toekomstige geboortezorg in de regio Rijnmond moeten bekijken. Zijn de betrokken partijen inmiddels serieus in gesprek? Wat is de huidige stand van zaken?

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Ik heb een beetje last van mijn keel, dus als ik af en toe wat hoest en proest, heeft het daarmee te maken en niet met de aanwezigheid van mijn collega's. Ik dek me op voorhand in.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vraag me af of u dat ook had gezegd als er een andere collega naast u had gezeten.

De heer **Rutte** (VVD): Het ligt niet aan u.

De **voorzitter**: Dit was een mooie inleiding. Ik stel voor dat u begint met uw inbreng. Dat is behelpen zie ik: niet van de iPad maar op schrift.

De heer **Rutte** (VVD): Ik heb het op papier, met streepjes en zo, helemaal anders dan anders.
Het is mijn debuut in een algemeen overleg over de geboortezorg. Ik ben wel twee keer vader geworden, dus ik heb op afstand een beetje ervaring. Dat zegt niets over mijn kennis van de geboortezorg an sich. Ik heb me de afgelopen tijd stevig ingewerkt in het dossier en een aantal werkbezoeken afgelegd. Ik ben erg onder de indruk. Het vertrekpunt in de geboortezorg in Nederland was een aantal jaren geleden niet goed. We scoorden internationaal niet erg goed. Als je ziet hoe zaken nu lopen, hoe intensief wordt samengewerkt in de VSV's, hoe prachtig samenwerkingen kunnen lopen tussen verloskundigen en kraamverzorgenden, hoe kraamverzorgenden veel meer een-op-een optrekken met de verloskundige, hoe de verloskundigen en de gynaecologen elkaar eindelijk gevonden lijken te hebben en de Hoekse en Kabeljauwse twisten die jarenlang tussen deze beroepsgroepen hebben bestaan langzaam aan het verdampen zijn, dan zijn er enorme stappen gezet door alle spelers in het veld. Dit verdient een gigantisch groot compliment. De resultaten zijn er ook, want daar waar Nederland echt in de achterhoede zat wat betreft sterfte bij de geboorte schuiven we langzaam op in de goede richting. Ik heb er alle vertrouwen in dat we nog veel verder kunnen opschuiven en dat we tot de koplopers kunnen gaan behoren.
Al die samenwerking vraagt wel heel veel van alle partijen. Het gaat een beetje op zijn Nederlands. Innovatie in de zorg in Nederland is «laat duizend bloemen bloeien», met overal mooie projecten en initiatieven. Op zich is dat heel goed, want het sluit aan bij de lokale situatie, bij de wijze waarop mensen de zorg georganiseerd willen hebben. De vraag is of het nu niet tijd is om de volgende stap te zetten. Zo ja, hoe doen we dat dan? Hoe zorgen we dat er echt regie komt, zodat de beste initiatieven, de beste manieren van samenwerken de nieuwe norm worden en dat deze verankerd worden in de nieuwe zorgstandaard? Ik heb er wel dingen over gelezen, maar een echt tijdpad en het keuzemoment voor initiatieven en werkwijzen in de nieuwe standaard ontbreken. Wanneer is dit gerealiseerd?
De integrale bekostiging helpt deels bij het ontwikkelen van goede nieuwe werkwijzen. Een aantal collega's sprak hier al over. Dat is een goed idee. Ik sluit me aan bij de woorden van mevrouw Dijkstra. Er zijn echter wel degelijk zorgen over het feit dat de stap voor sommigen op dit moment te

groot is. Moeten we per 2017 allemaal integraal over naar integrale bekostiging, of is er ruimte voor een ingroeimodel? Als we kiezen voor een ingroeimodel, wanneer moet iedereen dan daadwerkelijk ingegroeid zijn?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Tijdens het debat vorig jaar vroeg ik veel aandacht voor de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT). Ik wil de Minister danken voor het constructieve gesprek dat ik naar aanleiding van dat overleg heb gehad met haar, de stichting De Upside van Down en de Stichting Downsyndroom. Ook is er naar aanleiding van dat overleg een gesprek geweest tussen de Minister en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, over de signalen die ik van ouders had gekregen over het sturend handelen van artsen bij prenatale screening. De Minister geeft aan dat de gynaecologen dit niet herkennen. Daarom lijkt het me goed om ook de ouders aan het woord te laten. De ouders verzamelen hun verhalen in een zwartboek. Ik kan de Minister al verklappen dat ze hierover binnenkort meer hoort.
Op dit moment werkt de Gezondheidsraad aan een advies over de gehele prenatale screeningsketen. Mijn fractie heeft grote behoefte aan dit advies. De wetenschap ontwikkelt zich in rap tempo. Voor je het weet is het onderscheid tussen therapie en verbetering verdwenen. Ik sprak onlangs met studenten. Die hadden het over de designerbaby. De mens is geen project van een ander mens. Genetische kennis zegt nooit alles over iemand, ziekte is vaak een samenspel van genetische factoren en omgevingsfactoren. Genetische kennis bepaalt nooit de levensloop van mensen. Ik hoop dat de Minister zich er heel goed van bewust is dat de manier waarop de overheid een screening opzet, aanbiedt en evalueert, impact heeft op de keuzes die mensen maken, keuzes over leven en dood. Ik verwijs bijvoorbeeld naar de twintigwekenecho. Zo lang is het nog niet geleden dat deze echo niet standaard aan alle vrouwen werd aangeboden.
De ChristenUnie is blij met het vergunningensysteem voor vruchtbaarheidstechnieken in ons land. In tegenstelling tot de landen om ons heen zijn vruchtbaarheidsbehandelingen geen commerciële business. Wat ons betreft, blijft dat ook zo. Wel vragen we of kinderen die door middel van zogenaamde geassisteerde voortplanting zijn geboren, beter gevolgd kunnen worden. We weten namelijk nog heel veel niet. Medisch-technologisch kan er steeds meer, ook als het gaat om vruchtbaarheidstechnieken. Ik denk dat het van groot belang is dat wordt bekeken hoe deze kinderen zich medisch en psychosociaal ontwikkelen. Dan is het essentieel om ook te kijken naar de effecten als kinderen 5 of 10 of nog ouder zijn. Wil de Minister dit onderzoek faciliteren?
In de rapporten zien we een dalende trend in babysterfte. Dat is positief. Toch behoren we internationaal gezien tot de middenmoot. Daarom een aanmoediging voor de Minister om door te gaan met het ingezette beleid. Bij een integrale geboortezorg hoort integrale bekostiging. De Minister wil dit vanaf 2017 laten ingaan. Er lopen nu pilots voor integrale zorg. Wanneer kunnen we de uitkomsten van deze pilots verwachten? De ChristenUnie vindt integrale bekostiging wel een einddoel, maar wil hier pragmatisch mee omgaan. Volgens mij signaleerden D66 en het CDA al dat niet alle regio's er op tijd klaar voor zijn. Ook mijn fractie pleit dus voor gefaseerde invoering. Ziet de Minister met de ChristenUnie een kans om preventie, ook preconceptiezorg, mee te nemen in de integrale bekostiging? Hoe verhoudt de rol van de Autoriteit Consument & Markt (ACM) zich tot de samenwerking in de geboortezorg? Wordt het afschaffen van de eigen bijdrage meegenomen bij het uitwerken van de integrale bekostiging?
We zien al een tijdje dat een toenemend aantal geboortes plaatsvindt in ziekenhuizen. Terecht wijst de KNOV op het unieke systeem dat we in Nederland hebben: verloskundig als het kan, specialistisch als het moet. Ik denk dat dit ook het antwoord is op de vraag hoe we om moeten gaan

met de stijgende kosten in de geboortezorg. Laten we niet vergeten dat een geboorte een heel natuurlijk proces is. De professionaliseringsslag in de geboortezorg is heel goed, maar die professionalisering moet niet leiden tot medicalisering.

De vergadering wordt van 14.38 uur tot 14 50 uur geschorst.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik heb een lange inleiding en die ga ik niet uitspreken, omdat ik denk dat de commissieleden het wel weten. De vraag is of het glas halfvol of halfleeg is. Ik ben het eens met de mensen die het gevoel hebben dat het urgentiegevoel een beetje wegebt. Dat gevoel deel ik en daarom heb ik de integrale bekostiging veel meer naar voren getrokken. Ik kan luisteren naar allerlei adviezen met de strekking dat het heel moeilijk is, dat er allerlei hobbels zijn, maar de nieuwe bekostiging is wel de focus die we moeten hebben. Ik ga de integrale bekostiging niet met een big bang invoeren. Het wordt een optie, want ik wil de VSV's die wel klaar zijn voor de nieuwe bekostiging niet laten wachten op diegenen die er niet klaar voor zijn. Nee, ik ga geen grote hobbels en ellende veroorzaken met nieuwe big bangs in bekostigingssystemen, maar ik ga integrale bekostiging wel als alternatief aanbieden. Ik krijg daarover nog advies. Daar kom ik zo op terug. Ik wil heel graag dat de integrale bekostiging zo aantrekkelijk is dat het voor degenen die er nog niet klaar voor zijn een motivatie is om zo snel mogelijk over te stappen.
We hebben een behoorlijk been bijgetrokken, maar we zijn er nog niet. Dat is eigenlijk de samenvatting van mijn spreektekst. We zitten nu in de lastige situatie dat alle informatie die relevant is voor dit overleg, de komende weken beschikbaar komt. Ik had het overleg liever in januari gehad, maar lieverkoekjes worden nooit gebakken. De evaluatie van Healthy Pregnancy 4 All komt begin 2016. Eind van deze week krijgen we de nieuwe sterftecijfers over 2014, zeer relevant voor dit overleg. In januari 2016 komt het advies over de integrale bekostiging. Het onderzoek naar de dertienwekenecho komt in de zomer van 2016. Dat duurt dus nog iets langer. Het rapport van de IGZ over de VSV's komt in april 2016. Het onderzoek van het RIVM naar de uitkomsten van de pilot met integrale bekostiging komt in de zomer van 2016. Eind deze week komen dus de sterftecijfers, dan in januari een clustertje onderzoeken, en dan wat in april en in de zomer. Er zitten gegevens in de pijplijn op basis waarvan ik met de commissieleden de urgentie deel. Daar waar ik er vaart achter kan zetten, zal ik het zeker niet laten. Dat zeg ik de commissie toe.
Het lijkt me goed met preventie te beginnen, want voorkomen is beter dan genezen. Ik heb het CPZ gevraagd om een plan van aanpak te maken. Dat plan van aanpak bestaat uit drie elementen: het oprichten van een expertgroep die een breed gedragen beleid uitoefent, het vergroten van de vindbaarheid van onderzoeksresultaten en het bedenken van een passende bekostiging. Ik ondersteun deze activiteiten. Ik zal het CPZ overbrengen dat ook deze Kamercommissie de urgentie hiervan zeer benadrukt. Ik vraag het CPZ alles net zo grondig te doen als ze al van plan waren, maar wel iets sneller.
Overigens heb ik begrepen dat ook de samenstelling van het CPZ momenteel aan verandering onderhevig is. Ik zal onder de aandacht brengen dat nu het moment is om een huisarts toe te voegen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is heel goed dat de Minister bij het CPZ onder de aandacht brengt dat het verstandig is om een huisarts te laten deelnemen, maar het duurt wel lang. Ik kan me herinneren dat we dit verzoek twee jaar terug hebben neergelegd. Het is raar dat er twee jaar naar een momentum moet worden gezocht, terwijl juist centraal moet staan dat de eerste lijn en tweede lijn goed met elkaar samenwerken. De huisarts is daar een onlosmakelijk deel van. Gaat de Minister het alleen

vriendelijk vragen of gebruikt ze een wat strengere toon, zodat er geen lieverkoekjes gebakken worden?

Minister **Schippers**: Het is geen onwil. De voorzitter van het CPZ is van oorsprong ook huisarts. Ik kan me de vorige keer dat we deze discussie hadden goed herinneren. Toen hebben we het wel aan het CPZ voorgelegd. Nu is sprake van een wisselronde. Dat is een natuurlijk moment waarop men zich afvraagt of er bepaalde kennis in zou moeten, dus dit is het moment om het toevoegen van een huisarts aan het CPZ te materialiseren.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dan ga ik er van uit dat er een huisarts zitting neemt in het CPZ. Ik hoor in het antwoord dat de Minister daar ook van uitgaat.

Minister **Schippers**: Dat klopt. Het CPZ moet op zijn minst op zoek gaan en bezien of het een huisarts kan interesseren om zitting te nemen in het college, eentje die ook wat heeft met verloskundige zorg. Daarvan zijn er 77 in Nederland. Een daarvan moet bereid gevonden worden om zitting te nemen in het CPZ. Ik vraag dit aan het CPZ. Het centrum werkt nu aan de vervanging.
Het CPZ komt met een actieplan preventie langs drie lijnen. Ik heb de urgentie aangegeven en zal die overbrengen aan het CPZ. Het college moet het werk net zo zorgvuldig doen als het van plan was, maar met wat meer tempo dan in de oorspronkelijke planning om de door ons gewenste vaart erin te houden.
In onderzoeksverband wordt geëxperimenteerd met het geven van voorlichting over preconceptie op scholen. ZonMw rapporteert hierover in 2017. Die informatie laat dus nog wel even op zich wachten. Sommige gemeenten vinden het van belang dergelijke voorlichting te geven op scholen. Ik beschik niet over gegevens over het aantal scholen waarop dit plaatsvindt, maar ik zal het idee expliciet onder de aandacht van het CPZ brengen, om de scholen niet te vergeten. Ik weet overigens dat scholen er een enorme hekel aan hebben als we aan hun lesprogramma's komen, maar ze kunnen het misschien integreren in een reeds bestaand lesprogramma.
Het programma Healthy Pregnancy 4 All I is uitgevoerd in veertien gemeenten. Programma II wordt uitgevoerd in negen, mogelijk tien gemeenten. De eerste resultaten komen begin 2016.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Met deze antwoorden geeft de Minister precies aan waar mijn zorg ligt: de vrijblijvendheid waarmee programma's die goed werken, uitgevoerd mogen worden. Daarom vraag ik haar druk op de preventie te zetten en het minder vrijblijvend te maken. Laten we nadenken over de manier waarop we het stadium van de pilots, experimenten en vrijblijvendheid voorbij kunnen komen. Wordt het niet tijd om te onderzoeken hoe we zeker stellen dat VSV's bewezen maatregelen gebruiken, en er niet in alle wijsheid voor kunnen kiezen om dat niet te doen? Dat stadium zijn we voorbij.

Minister **Schippers**: Dit ben ik met mevrouw Wolbert eens, maar het is precies wat het CPZ doet. Ik heb de drie lijnen genoemd voordat zij net weer binnenkwam. Het CPZ zorgt ervoor dat voor dingen die echt werken niet opnieuw het wiel wordt uitgevonden. Die worden in beleid gegoten, waarbij ervoor wordt gezorgd dat dit beleid door iedereen wordt toegepast. Voorts moet daarbij een passende bekostiging worden gevonden. Het punt is dat we in januari een evaluatie krijgen over Healthy Pregnancy 4 All, waarover ik net de vragen aan het beantwoorden ben. Daar moeten we de punten uit halen die relevant zijn om daadwerkelijk te borgen in het beleid. Dit zijn geen losstaande dingen. Als er uit de

evaluatie punten komen waarmee het CPZ in het actieplan zijn voordeel kan doen, moet dat één lijn zijn en moet dit een-op-een worden doorgezet.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Mijn excuses dat ik het eerste deel heb gemist. Stel dat het CPZ dit overneemt en uitdraagt, is het dan over drie of vier jaar – wat mij betreft twee of drie jaar – mogelijk dat een VSV er kennis van heeft genomen maar het niet doet, of het anders regelt?

Minister **Schippers**: Uiteindelijk moeten evidencebased acties in richtlijnen komen. Dan kan men er niet meer van afstappen. We hebben nu pilots en experimenten. Ik deel met mevrouw Wolbert het gevoel dat het goed is dat we die hebben, dat het goed is dat het Erasmus MC grondig evalueert, dat het goed is dat we die doorzetten, maar dat we dit stadium wel uit moeten. Om dit te realiseren heb ik het CPZ gevraagd hoe het kan borgen dat beleid goed vindbaar is, zodat ook andere VSV's hun handelwijze kunnen aanpassen. Dat is de stap die het CPZ nu moet zetten. Van pilots naar breedgedragen beleid in een zorgstandaard, dat is de stap. Er is hard gewerkt aan de zorgstandaard. Mijn complimenten aan alle betrokkenen, maar het valt mij tegen dat het nu weer lang duurt voordat het is afgerond. We moeten het belang van afronding blijven benadrukken.
We vragen het CPZ om te borgen en in beleid uit te brengen wat er al uit pilots en andere experimenten is gekomen. Tegelijkertijd investeren we nog steeds in verschillende programma's. We ontwikkelen een screenings- en interventie-instrument via het ZonMw-programma Zwangerschap en Geboorte, maar ook het programma Healthy Pregnancy 4 All loopt door. Dit laatste programma richt zich op screening en begeleiding van kwetsbare zwangeren. Het wordt uitgevoerd door het Erasmus MC. Het programma VoorZorg wordt landelijk geïmplementeerd door het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Daarbij worden prenatale huisbezoeken bij risicogroepen ingezet. Er zijn in veel gemeenten initiatieven rond kwetsbare zwangeren. In de gemeente Rotterdam is bijvoorbeeld het project Moeders van Rotterdam van start gegaan. Gezien alle initiatieven op preventie bij risicogroepen zitten we op de goede weg. Preventie is iets van lange adem. We moeten een cyclus realiseren van experiment naar beleid. Er lopen allerlei dingen in allerlei gemeenten. Daar waar ze doorgezet moeten worden, omdat we er meer informatie uit kunnen halen, moeten we dat doen. Ze moeten echter ook hun weg vinden in beleid. Dat is de tweede stap. Dit moet een lopende cyclus worden. We moeten deze programma's niet stopzetten. Die moeten vooral doorgaan, maar wel in een lopende cyclus zodat de resultaten breed worden geïmplementeerd of, zoals hier staat, worden uitgerold. Maar dat is ambtenarentaal voor «we gaan het doen».

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): We vinden preventie allemaal heel belangrijk. We spreken ook in andere debatten over preventie, en dan is de bekostiging altijd een lastig punt. De Minister schetste zojuist dat we moeten komen tot onderzoek dat goed werkt, dat vervolgens beleid wordt en dat vertaald wordt in richtlijnen. We gaan het toepassen en moeten daarbij zoeken naar een passende bekostiging. Wordt het dan ook opgenomen in het integrale bekostigingsmodel? Is dat een idee?

Minister **Schippers**: We vragen niet voor niets in de derde stap om een passende bekostiging. Het CPZ onderzoekt dit. Daarnaast moeten we de integrale bekostiging zoals we die voor ogen hebben, enten op de zorgstandaard. Het heeft allemaal met elkaar te maken, maar we moeten ervoor zorgen dat het niet op elkaar wacht. Dat is een zorg die ik bij enkele commissieleden proef en die ik deel. We moeten het tempo erin houden. Ik kom zo terug op de integrale bekostiging, maar juist hierom wil ik niet wachten totdat iedereen klaar is en dan verdergaan.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Het is me nog niet helemaal helder. Ik begrijp dat bekostiging een element is dat wordt meegenomen. Het CPZ beziet hoe we dat het beste kunnen borgen. Als we preventie onderdeel willen laten zijn van geboortezorg, vraag ik me af of het geen goed idee is om het op te nemen in de integrale bekostiging. Wordt dit ook onderzocht? Ik hoor er graag meer over.

Minister **Schippers**: Dat heb ik net aangegeven. Een zorgstandaard gaat uit van de goede zorg van het begin tot het einde. Die zorgstandaard wordt vertaald in de integrale bekostiging. Ik heb het CPZ er bovendien expliciet naar gevraagd met betrekking tot hun derde stap. Het centrum bekijkt niet alleen het beleid en de vindbaarheid, waardoor toepassing ervan in de praktijk wordt vergroot, maar kijkt ook naar een passende bekostiging. We krijgen het advies over integrale bekostiging in januari 2016. Het is allemaal in beweging.
Ik kom bij de neonatale screening op onbehandelbare aandoeningen. Ik heb wetenschappers met relevante kennis en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en ouderorganisaties gevraagd om met mij mee te denken over de manier waarop een screening op niet-behandelbare aandoeningen kan worden vormgegeven. Ik zie de nadelen die de Gezondheidsraad noemt en de risico's van opname in de neonatale hielprikscreening. Daarom heb ik een ander traject gestart. Voor de behandelbare aandoeningen neem ik het advies van de Gezondheidsraad over. Voor de niet-behandelbare aandoeningen zie ik dat kennis daarover handelingsopties kan geven die veel narigheid kunnen voorkomen. Daarom wil ik hier nader onderzoek naar laten doen. Het advies van de Gezondheidsraad maakt een tweedeling: als je een handelingsoptie hebt, moet het in de hielprikscreening; als er geen handelingsoptie is, moet dat niet. Ik vind dat te digitaal. Ik ben niet zelf tot deze conclusie gekomen. Ik heb massaal reacties gekregen van ouders die andere beslissingen hadden genomen als ze het hadden geweten. Daaraan moeten we ook waarde hechten. Daarom laat ik de deskundigen onderzoeken wat het kan toevoegen en hoe belangrijk de informatie kan zijn. Het is niet zo dat ik het al ga doen. Ik heb er geen beleid op uitgezet.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik controleer even of ik het antwoord van de Minister goed begrijp. Ze zegt dat de Gezondheidsraad een bepaalde lijn heeft gegeven, waarop ze reacties heeft ontvangen van ouders. Die hebben kanttekeningen geplaatst. De Minister gaat onderzoeken in hoeverre die kanttekeningen tot een andere afweging kunnen leiden. Ze heeft nog niet definitief besloten of ze het advies van de Gezondheidsraad over niet-behandelbare aandoeningen gaat volgen.

Minister **Schippers**: Ik heb er kanttekeningen bij gezet en gezegd dat ik mij kan voorstellen dat ik het advies niet ga volgen. Ik heb wetenschappers, patiëntenorganisaties en ouderorganisaties gevraagd naar input. Niet volgen is één ding. Dat wil niet zeggen dat ik al weet hoe ik invul wat ik wel doe. Als deze groepen met ons tot de conclusie komen dat we het alles afwegende toch beter niet kunnen doen, dan houd ik daar zwaar rekening mee. Ik kan me ook voorstellen dat we tot andere afwegingen komen. Ik heb geen beleid gemaakt, ik heb alleen gezegd dat ik het advies niet zomaar aanneem en er verder niets mee doe.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Gezondheidsraad heeft één uitzonderingssituatie benoemd: als er een odyssee van diagnostiek dreigt, als voorkomen kan worden dat een kind in een latere fase van zijn leven een afschuwelijk traject in moet van diagnoses, invasieve diagnostiek en dergelijke. Als we dit kunnen voorkomen door het te vertellen, dan moeten we dat eigenlijk wel doen. Welke andere afwegingsmogelijkheden

of situaties neemt de Minister mee, behalve het voorkomen van een odyssee van diagnostiek? Welke aspecten bekijkt zij?

Minister **Schippers**: Ik kader het niet in, omdat de reacties van de mensen die mij geschreven hebben een heel breed terrein bestrijken. Soms heb je geen handelingsopties ten opzichte van het kind dat je hebt, maar wel ten opzichte van het kind dat je eventueel nog zou krijgen. Dat is het meest schrijnende en het meest omvangrijke wat ik terug heb gekregen. Ik ben er nog niet uit. Soms heb je de waarheid niet in pacht, maar ben je wel nieuwsgierig wat de opties en de voor- en nadelen daarvan zijn. Ik wil dit goed bekijken. Als ik tot een andere conclusie kom, kom ik vanzelf naar de Kamer met een met redenen omkleed verhaal.

De **voorzitter**: Wanneer zal dit zijn?

Minister **Schippers**: Ik heb hier geen termijn aan gesteld. Ik zal dit wegen. Het is geen kwestie dat ik het even van mijn ambtenaren moet horen, maar meer dat het een proces van denken en afwegen is. Wetenschappers hebben soms plussen en minnen, die moeten worden gewogen. Het is niet met een schaartje te knippen. Ik kan de Kamer voor de zomer een stand van zaken geven.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik kan me voorstellen dat we dit bij een algemeen overleg over medische ethiek nog eens laten terugkomen. Het gaat hier om het recht van kinderen op niet-weten. Er spelen heel veel ethische vraagstukken mee, dus het is heel interessant om daarover verder met de Minister van gedachten te wisselen.

Minister **Schippers**: Ik ben niet van plan om aan het recht op niet-weten te tornen. Het zal altijd iets zijn waar mensen zelf voor kiezen. Voor de zomer kom ik er bij de Kamer op terug. Dan kunnen we bezien of we er verder over van gedachten kunnen wisselen.
Ik kom bij het verbeteren van de kennis over stofwisselingsziekten. Bij het uitbreiden van de hielprikscreening met veertien aandoeningen worden ook stofwisselingsziekten aan de screening toegevoegd. Over deze ziekten hebben we voldoende kennis om dit te doen. Zodra over andere stofwisselingsziekten voldoende kennis is vergaard, zal over het toevoegen van die ziekten advies worden gevraagd aan de Gezondheidsraad.
We wisselen regelmatig via schriftelijke vragen van gedachten over hormoonverstorende stoffen. Er wordt internationaal onderzoek gedaan naar de effecten van hormoonverstorende stoffen. Wij hebben daar in Nederland ook extra aandacht voor. Er is nog geen duidelijkheid over de effecten die deze stoffen hebben en welke alternatieven er zijn. Dat is het risico. Als we iets verbieden, moeten we oppassen dat het alternatief niet slechter is. In een literatuurstudie van het RIVM in het kader van het preventieplan CPZ zal dit worden meegenomen. Als het nodig is, passen we de voorlichting hier uiteraard op aan.
Dit was het einde van het blokje Preventie.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb een expliciete vraag naar aanleiding van de discussie over het nut van preventie. Dit nut wordt breed onderschreven. Er moet meer gebeuren. Een belangrijk instrument is het preconceptieconsult. Als ik het goed heb begrepen, wordt dit op indicatie vergoed, bijvoorbeeld via de huisarts. Het advies van de Gezondheidsraad was om dit voor alle vrouwen te vergoeden. De raad zegt dit niet voor niets. Preventie kost wat, maar we krijgen er meer voor terug. Is de Minister bereid haar standpunt te heroverwegen?

Minister **Schippers**: Ik herinner me dit nog goed. Ik heb naar aanleiding van het betreffende advies met de Kamer overlegd over mijn alternatieve

voorstel: op indicatie vergoed ik het wel en voor de overige gevallen doe ik de derde echo. Ik heb gekozen voor een splitsing, zodat beide trajecten goed onderzocht kunnen worden. In de zomer van 2016 krijgen we daarvan de resultaten. Het kan zijn dat het ene succesvol is en het andere minder. Dan kiezen we een andere mix dan voorheen. Tot die tijd laat ik deze twee sporen naast elkaar lopen, zoals ik destijds met de Kamer heb afgesproken.

De heer **Van Gerven** (SP): Hoewel het tegenstrijdig lijkt en het aannemelijk is dat we een behandeling instellen of preventie plegen bij risicogroepen, is de opbrengst van preventie in dit geval het grootste als we die over de gehele linie doen. Men zou in eerste instantie iets anders verwachten en ook deskundigen zeggen vaak dat we preventie voor risicogroepen moeten invoeren. De Gezondheidsraad is tot deze conclusie gekomen. Ik weet van de derde echo, maar het gaat ook om het advies voordat vrouwen zwanger worden. Dat is een ander traject, dat verdergaat en meer zoden aan de dijk zet dan een echo in de derde termijn.

Minister **Schippers**: Wij hebben destijds gekozen voor deze route met een splitsing. De ene variant zetten we in waar het effect het grootste is. Die zit ook in Healthy Pregnancy 4 All. De dertigwekenecho zetten we in een gelijktijdig traject uit. We zitten ongeveer aan het einde van het traject. We krijgen komende zomer de resultaten van beide trajecten. Dat is het moment om te bezien wat we doen en niet nu, een paar maanden voordat de evaluatie van de derde echo wordt opgeleverd. Als we in de zomer de resultaten van beide lijnen bij elkaar kunnen brengen, is het tijd om te besluiten en te bepalen waar we voor kiezen, als we aanpassingen willen doen.
De integrale bekostiging heb ik al genoemd. Het is niet zo dat de gehele sector per 2017 overgaat op integrale bekostiging. Het wordt een volwaardige en aantrekkelijke optie, zodat mensen gestimuleerd worden om deze stap te zetten. Natuurlijk wacht ik het advies over de integrale bekostiging af. Dit komt in januari 2016. Het is wel van belang dat we ook hier doorpakken. We zijn al tien jaar bezig. Ik begrijp dat men zegt dat we moeten oppassen, dat er hobbels op de weg zijn en dat we het zorgvuldig moeten doen. Dat vind ik ook. Daarom is het aanbieden als een volwaardige optie een belangrijke manier om over te gaan naar een ander financieringssysteem. Zo zorgen we dat we geen ongelukken krijgen bij diegenen die er echt niet klaar voor zijn, waar het echt niet goed zou lopen als we het doorzetten, terwijl de voortrekkers die de integrale bekostiging wel aankunnen, niet hoeven te wachten tot de laatste er klaar voor is. Ik zal dit heel zorgvuldig doen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik snap wat de Minister zegt. Ik heb dat een gefaseerde invoering genoemd. Ik zag voor me dat we met een fasering, door bijvoorbeeld eerst de integrale bekostiging in de prenatale fase in te voeren, kunnen ervaren hoe het loopt en vervolgens de andere fases kunnen pakken. Dit zou ook heel goed kunnen gelden voor de VSV's die wel klaar zijn op dit moment.

Minister **Schippers**: Er zijn 25 koploperregio's die gebruikmaken van de NZa-module Integrale Geboortezorg. Het RIVM komt in juni 2016 met een rapportage over de VSV's en in welke fase zij zich bevinden. In 2017 krijgen we integrale bekostiging als volwaardige optie. Een keten gaat als geheel over naar de nieuwe bekostiging. Ketens die niet klaar zijn, doen dat niet. We willen de delen van de keten juist graag in één keer meenemen. We missen de meerwaarde als we het stapsgewijs opbouwen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Wat betekent dit qua tijdpad? In 2017 kunnen de twee vormen naast elkaar bestaan. Hoe ziet de Minister het vervolg voor zich?

Minister **Schippers**: Ik heb hierover advies gevraagd. Dat wacht ik af. Ik kan me voorstellen dat we de integrale bekostiging een stuk aantrekkelijker maken, zodat de animo van onderop om snel klaar te zijn om integraal bekostigd te worden, groot is.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik bedoelde de situatie na 2017. Heeft de Minister voor ogen dat het in 2018 niet meer naast elkaar bestaat?

Minister **Schippers**: Om dat te beoordelen moet ik echt het advies afwachten. Ik wil technisch geen financieringsbekostigingsstructuur inrichten die ongelukken veroorzaakt. We zijn het erover eens dat we geen ongelukken veroorzaken, maar we faciliteren wel diegenen die al klaar zijn.
Ik ga over naar de eigen bijdrage. De businesscases van de zorgverzekeraars ken ik niet. Ik ben daar benieuwd naar, dus ik zal ze opvragen. Een ziekenhuisbevalling is onverzekerde zorg als je geen indicatie hebt. Daar hebben we al eerder over gesproken naar aanleiding van de initiatiefnota van mevrouw Wolbert. Als je zonder indicatie toch in het ziekenhuis wilt bevallen, betaal je een eigen bijdrage. Die eigen bijdrage is een soort tegemoetkoming in de kosten van het gebruik van de verloskamer. Verzekeraars kunnen er overigens gewoon vanaf als er goede businesscase is. Het is moeilijk als verzekeraars tegen mij zeggen dat ik het eigen risico moet verlagen, want dat kunnen zij ook. In dit geval kunnen zij bij een goede businesscase iedereen die bij hen verzekerd is, laten bevallen in het ziekenhuis. Het enige is dat verzekeraars dit niet ten koste van de schadelast mogen brengen. Dat mogen ze met het eigen risico ook niet. Ik ken de businesscase niet. Ik ben er wel benieuwd naar, dus ik ga hem opvragen. Onze berekeningen komen op 9 miljoen per jaar, oplopend tot 14 miljoen. Die heb ik al eerder met de Kamer gedeeld. Als de businesscase andersom is, begrijp ik niet waarom verzekeraars de eigen bijdrage niet allemaal al hebben afgeschaft.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dat is de vraag die ik ook heb gesteld. Wat zou de rol van de Minister kunnen zijn in het stimuleren van zorgverzekeraars om het voor eigen rekening te nemen in plaats van het in rekening te brengen bij de patiënt? Ik geloof dat wij het erg eens zijn dat het geld of het niet kunnen betalen niet mag bepalen waar een vrouw wil bevallen. In mijn initiatiefnota staat dat vrouwen de eigen bijdrage proberen te ontduiken door bijvoorbeeld een ruggenprik te vragen. Welke mogelijkheden heeft de Minister om hier voor eens en altijd een punt achter te zetten?

Minister **Schippers**: Ik vraag eerst blijmoedig de businesscase op. Ik wil die informatie eerst zien. Als de businesscase er is, hebben we in ieder geval informatie die we nog niet hadden.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Het zou mooi zijn als zorgverzekeraars het voor eigen rekening nemen. Er staat nog veel op hun risicoreserve. Dat geld zouden ze wat mij betreft hiervoor mogen inzetten. Stel dat ze dat niet doen, en de Minister staat toch voor het punt om de eigen bijdrage definitief te schrappen, omdat dit haar meer oplevert dan als ze de bijdrage laat staan, wat zou ze dan besluiten?

Minister **Schippers**: Het blijft een bijzonder verhaal dat men de eigen bijdrage met een goede businesscase niet afschaft. Ik ben daar supernieuwsgierig naar, dus ik vraag die informatie op. Is er sprake van

verwarring of is er een goede businesscase? Laten we op basis daarvan verder kijken. Als er een goede businesscase ligt, heeft niemand mij nodig om de eigen bijdrage af te schaffen. Dat is nu juist het hele eiereneten.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Heeft het zin dat ik mijn initiatiefnota herijk en opnieuw aan de Minister voorleg?

Minister **Schippers**: Dat weet ik niet, want ik ken de businesscase niet. Ik wil die gegevens eerst hebben. Ik zal ze opvragen. Voor mij is het gemakkelijk. Ik heb te maken met de Minister van Financiën, mevrouw Wolbert welbekend, en met een regeerakkoord. Daartussen moet ik laveren. Het is voor mijn geen principezaak, want ik heb geen hoog ideologisch doel met een eigen bijdrage. Dat weet de Kamer, want dat heb ik de vorige keer ook gezegd. Ik heb wel euro's die ik één keer kan uitgeven. Ik vraag de gegevens op bij de verzekeraars. Ik vraag hen ook waarom ze het niet doen, want daar ben ik bijzonder benieuwd naar. Dat is dan wel een dingetje.

De heer **Van Gerven** (SP): Het is een raar verhaal. We hebben het over verzekerde zorg, want de poliklinische bevalling is niet geheel voor eigen rekening. Er zit een eigen bijdrage bij, maar er is ook een stuk dat verzekerd wordt, dat uit de collectieve middelen komt. Los hiervan gaat het erom dat wij het inhoudelijk moeten aanvliegen. Een vrouw die in een gebied woont waar het ziekenhuis op grote afstand ligt, bijvoorbeeld in de periferie van Nederland, moet de keuze hebben of ze poliklinisch wil bevallen of thuis. Een eigen bijdrage, overigens een fremdkörper in de Zvw, kan daar een belemmerende rol in spelen. Wil de Minister op dit inhoudelijke argument ingaan?

Minister **Schippers**: Het is niet-noodzakelijke zorg en die is niet verzekerd. Daarnaast is er een leidraad die rept van schrijnende gevallen. Dat is de situatie waarin het voor moeder en kind evident goed is en het dus noodzakelijk wordt om in het ziekenhuis te bevallen. Dan kun je het doen. We hebben hierover al heel vaak gediscussieerd. We hebben op verzoek van mevrouw Wolbert ook al tien keer uitgezocht hoe het juridisch in elkaar zit. Dat weten we. Het gaat erom dat ik de businesscases wil zien en dat ik van verzekeraars wil weten waarom ze de eigen bijdrage niet intrekken. Zij hebben die mogelijkheid.

De heer **Van Gerven** (SP): Het gaat niet om de businesscase. Die informatie wachten wij af, maar ik weet niet of die er is. Het is altijd mooi om businesscases te zien, maar het gaat om het inhoudelijke argument dat er een eigen bijdrage wordt gevraagd als er geen keiharde medische indicatie is. Ik kan me niet voorstellen dat de eigen bijdrage van ongeveer € 300 volledig kostendekkend is. We discussiëren ook over de eigen bijdrage in de kraamzorg. Die is in de ogen van de Minister wel medisch noodzakelijk en verantwoord. Daarvoor vragen we een rare, niet-inkomensafhankelijke bijdrage. Moeten we die dan niet schrappen?

Minister **Schippers**: We kunnen een discussie voeren over eigen betalingen. Eigen betalingen zijn gedeeltelijk geënt op «de gebruiker betaalt». Daar kunnen we ideologisch verschillend over denken. Iets zit in het pakket als iemand er een indicatie voor heeft, als er sprake is van noodzakelijke zorg. Zo hebben we het afgesproken. Dat wil niet zeggen dat men nooit een eigen bijdrage hoeft te betalen voor noodzakelijke zorg. Mogelijk heel noodzakelijke zorg – een gebroken arm die in het gips moet – vraagt toch om betaling van een eigen risico. Zo hebben we allerlei vormen van eigen bijdragen en eigen risico, ook in de ouderenzorg. We kunnen hier verschillend over denken. Er zit echter wel een logica achter, die je niet hoeft te delen.

Mevrouw Wolbert vraagt of ik bij maatwerk in de kraamzorg niet alleen de nadruk wil leggen op bezuiniging. Dat doe ik niet, want ik heb niet als doel om te bezuinigen. Het bedrag blijft gelijk, maar de verdeling kan anders. Die mensen die meer nodig hebben, zouden meer moeten krijgen. Die mensen die met minder toekunnen, krijgen minder. Daar gaat het om. Het gaat om maatwerk in de kraamzorg. Minder is niet altijd beter. Het kan zijn dat iemand meer nodig heeft om een beter resultaat te krijgen.
Wat hebben andere landen gedaan om de neonatale sterfte te verlagen? We zien heel verschillende situaties in de verschillende landen, die heel lastig te vergelijken zijn. Waar mogelijk wordt internationaal samengewerkt. Beroepsbeoefenaren, verloskundigen en gynaecologen, halen effectieve maatregelen uit andere landen en brengen onze effectieve maatregelen daarheen. Er is professionele uitwisseling van kennis. Als het bewezen wordt, wordt het toegepast. Ik kan de commissie niet vertellen welke maatregelen dit precies zijn, maar het is aan de beroepsgroep om te werken volgens de gouden standaard. Daar is internationaal ruim uitwisseling over.
Onderzoek naar kinderen die met vruchtbaarheidstechnieken tot leven komen vindt internationaal plaats. Op dit moment financier ik onderzoek naar kinderen die met behulp van PGD (Pre-implantatie Genetische Diagnostiek) tot leven zijn gekomen. Dit onderzoek is gestart in 2012 en eindigt in mei 2016. Ik heb onlangs besloten dit onderzoek te verlengen via het ZonMw-programma Ethiek en Gezondheid. Daarmee levert Nederland een mooie bijdrage aan de internationale stand van de wetenschap op dit terrein.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik vroeg naar IVF. Dat is veel breder dan dit specialistische onderzoek.

Minister **Schippers**: Er wordt internationaal onderzoek gedaan. Wij leveren een bijdrage aan een specifiek deel, de PGD-kinderen. Er is natuurlijk ook ander onderzoek. Dat wordt door andere landen gedaan. Het is niet zo dat we in Nederland heel het palet onderzoeken.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ook mijn fractie heeft deze vraag. Ik heb begrepen dat er in Groningen bij het Universitair Medisch Centrum ook specifieke onderzoeksprogramma's lopen, maar dat het een beperkte groep kinderen met een beperkte scope betreft. We willen dat het onderzoek langjarig wordt uitgevoerd en breder is. De technieken schrijden voort. We doen in Nederland heel specifiek, gericht onderzoek, alleen in Groningen. Is de Nederlandse bijdrage niet heel mager? Ik laat me graag bijpraten door de Minister.

Minister **Schippers**: Ik zal ZonMw vragen hoe men hiertegenover staat. Deze organisatie heeft hiervan meer verstand dan ik, zoals de commissieleden al merken aan mijn antwoord. Ik vraag wat ZonMw vindt van de wijze waarop het internationaal wordt onderzocht en of een Nederlandse bijdrage op bijvoorbeeld het onderdeel IVF-kinderen nodig is. Als dit elders al goed wordt gedaan, kunnen wij ons beter op een ander onderdeel concentreren.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Dat is prima. Ik hoor uiteraard graag de reactie van ZonMw.

Minister **Schippers**: Ik zal het antwoord in de maandelijkse veegbrief van januari meenemen. ZonMw kan in december bekijken waar wat wordt onderzocht. Ik wil het goed weten. Het is voor mij heel gemakkelijk om toe te zeggen, maar dan kan ander onderzoek niet plaatsvinden. Ik zet nu veel druk op onderzoek naar de verschillen tussen mannen en vrouwen bij bijvoorbeeld hartfalen. Daar wil ik een programma op. Dan moet ik

capaciteit van dit onderzoek afhalen. Als dat onderzoek niet nodig zou zijn omdat het internationaal goed wordt gedaan, wil ik dat zeker weten.
De zorgstandaard ligt voor autorisatie voor bij de beroepsgroepen. Ik hoop dat de standaard op korte termijn wordt afgerond. De laatste plooien moeten nog gladgestreken worden. Het is mooi als we dit op korte termijn als volgende stap kunnen markeren.
Over de verloskundeafdeling in Schiedam heb ik al een aantal schriftelijke vragen beantwoord. Schriftelijke vragen en antwoorden zijn altijd ongeveer van hetzelfde kaliber. Als de commissieleden iets nieuws vragen, bekijk ik of ik iets nieuws kan antwoorden. Het is van groot belang dat we de geboortezorg goed regelen, maar ik stuur dat niet vanuit Den Haag. De regio heeft zelf een belangrijke «say» in wat een adequate infrastructuur is. Er zijn wel landelijke normen waaraan voldaan moet worden. Zolang dat het geval is, is het prima. Het is wel van groot belang dat in een regio de betrokken partijen heel serieus in gesprek zijn. De zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de zorgverlening in hun regio. Het CPZ heeft een leidraad gemaakt voor dit soort gevallen, omdat we ervaring hebben opgedaan in regio's waar dit proces eerder heeft plaatsgevonden. Het is van groot belang dat de zorgaanbieders met de zorgverzekeraar, die zijn zorgplicht heeft, goed doorspreken hoe de regionale zorg eruit moet zien.

De **voorzitter**: Daarmee is een einde gekomen aan de beantwoording van de Minister in eerste termijn. Er is behoefte aan een tweede termijn.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik wil doorgaan waar de Minister is geëindigd, met de casus van het Vlietland Ziekenhuis. Als de fusie met het Sint Franciscus Gasthuis er niet was geweest, was de verloskundeafdeling gewoon in Schiedam-Vlaardingen gebleven. Er vinden op jaarbasis 1.400 bevallingen plaats. Er werken veel gynaecologen. Openhouden had gemakkelijk gekund. Nu vindt er een fusie plaats en het komt economisch beter uit om verloskunde naar het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam te verplaatsen. De gynaecologen vinden het wellicht prettiger om allemaal bij elkaar te zitten, om wat voor reden dan ook, maar ze veronachtzamen daarbij wat de maatschappij, de samenleving in Schiedam en Vlaardingen vraagt. Men wil de afdeling behouden. Het is een druk bereden gebied, de adherentie is 150.000 mensen. Het kan prima op die plek. Waarom blijft de Minister bij al deze zaken steeds aan de zijlijn toekijken en zich verschuilen achter weet ik wat allemaal? Dit is voorbeeld nummer zoveel. De maatschappelijke behoefte is evident. Er is geen enkele dreiging dat de kwaliteit onder druk staat. Waarom doorbreekt de Minister haar afzijdigheid niet en denkt ze nog eens terug aan een rapport dat ze ooit heeft geschreven met haar collega Van Miltenburg, over zorg en ziekenhuiszorg dichtbij? We hebben samen ziekenhuizen bezocht en bepleit om die overeind te houden. Denkt ze daar nog eens aan terug? Wil ze haar invloed gebruiken om deze gang van zaken te doorbreken, om te beginnen in het Vlietland Ziekenhuis? Ik wil over het Vlietland Ziekenhuis een motie indienen.
Dit geldt ook voor de eigen bijdrage. Ik vind dat we daar een klap op moeten geven in de goede richting.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Het overkomt me regelmatig dat de SP knip- en plakwerk in een motie zet. Een collega van de heer Van Gerven gebruikte de tekst van een blog in een motie, en nu wordt maar liefst een initiatiefnota in een motie gevat. Dat is bijzonder gedrag, maar ik zie graag wat de heer Van Gerven in zijn motie zet.

De heer **Van Gerven** (SP): U kunt voorstemmen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik ga niet voor mijn eigen initiatiefnota stemmen. Dan had ik die niet hoeven indienen.
Ik dank de Minister voor haar antwoorden in eerste termijn. De Minister constateert dat het vaststellen van de standaard lang duurt. De PvdA is het hierover van harte met haar eens. De Minister heeft allerlei wortels in de aanbieding gedaan om het zover te laten komen: ze heeft initiatieven, pilots en experimenten gefinancierd. Ik vraag me af of ze niet ook een stok heeft om een harde deadline te stellen aan de besluitvorming hierover. We wachten daarop. Het onderlinge geharrewar en getouwtrek is niet in het belang van moeders en kinderen. Kan de Minister hier op een andere manier druk op zetten dan met het financieren van allerlei experimenten?
Ik wacht de reactie van de Minister op de eigen betaling voor bevallen in het ziekenhuis af, maar bekijk ondertussen of ik mijn initiatiefnota moet herijken en opnieuw in de aanbieding moet doen.
Over de kraamzorg zegt de Minister dat men niet alleen hoeft te bezuinigen, maar waar nodig ook extra kan intensiveren. Wil de Minister bezien hoe de kraamzorg beter ingebed kan worden in de eerstelijnszorg, bijvoorbeeld in signalering en preventie bij de Centra voor Jeugd en Gezin, of überhaupt in de eerste lijn een wat minder geïsoleerde positie kan krijgen?
We hebben gediscussieerd over de 45-minutennorm. Ik zag in de stukken een kaartje, waaruit blijkt dat er steeds meer gebieden zijn waar die norm aan het randje komt. Hoe monitort de Minister dit? We moeten extra goed opletten of dit goed komt. Welke instrumenten heeft de Minister om dit goed te doen?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ook ik dank de Minister voor haar antwoorden. Het is goed dat zij de urgentie nogmaals wil benadrukken. Bij preventie noemde ik voorlichting en preconceptiezorg op vmbo-scholen. De Minister zei dat scholen niet blij zijn met alles wat ze wordt opgelegd. Ik denk dat scholen wel blij zijn met een oplossing zoals die in Wageningen is gevonden, waar een verloskundige op school les komt geven. Ik denk dat ze blij zijn als ze deze mogelijkheid krijgen.
Ik dank de Minister voor haar antwoord over de integrale bekostiging. Ze geeft de garantie dat dit een heel zorgvuldig traject wordt. We zijn er al tien jaar mee bezig en ze wil vooral degenen die eraan toe zijn de gelegenheid geven. Ik deel met haar de hoop dat dan ongeduld ontstaat. Ik ben benieuwd naar de manier waarop ze het aantrekkelijk wil maken, om er zo een versnelling in aan te brengen. Ze informeert de Kamer hierover als ze er zelf duidelijkheid over heeft. Ik onderstreep dat het een heel zorgvuldig traject moet zijn.
Ik heb een vraag gesteld over de Gezondheidsraad en screening op DNA-niveau. Hiernaar moet volgens de raad op korte termijn onderzoek worden gedaan. De Gezondheidsraad geeft aan dat het mooi is als de Minister de raad verzoekt om zo'n onderzoek te doen. Is de Minister van plan dit verzoek te doen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Het is goed dat de Minister bij het CPZ aangeeft dat er veel aandacht voor preventie moet zijn, maar ook dat de snelheid van het ambitieniveau wat omhoog kan zodat we eerder resultaten zien. Dit sluit ook aan bij het onderzoek van de IGZ, die duidelijk aangeeft dat we fantastische stappen voorwaarts hebben gemaakt in de kwaliteit van de geboortezorg in de afgelopen jaren. Tegelijkertijd blijven we achter op het gebied van het verbeteren van de leefstijl van zwangeren. Daarom is het CDA bij de begrotingsbehandeling gekomen met het actieplan Stop roken bij zwangerschap. Daar kunnen we veel gezondheidswinst behalen. Ik ben benieuwd wat het ministerie op dit vlak kan en wil doen.
De Minister geeft aan dat ze de businesscase van verzekeraars voor de eigen bijdrage wil bezien. Ik deel haar nieuwsgierigheid. Het is heel

interessant om te bekijken wat eruit komt. Ik heb niet van de Minister gehoord wanneer zij de Kamer informeert over haar oordeel over de businesscase en welke mogelijkheden zij ziet voor de invulling van de eigen bijdrage.
In het antwoord van de Minister op mijn vragen over de hielprikscreening voor onbehandelbare aandoeningen merk ik dat zij zorgvuldig aan het werk wil. Ze bekijkt zeer zorgvuldig wat de voors en tegens zijn om hierin meer te doen dan de Gezondheidsraad adviseert. De Gezondheidsraad wil een uitzondering toestaan om te voorkomen dat kinderen en ouders later in een diagnostische odyssee terechtkomen. De Minister wil ook het feit meenemen dat er geen handelingsopties voor dit ongeboren kind zijn, maar dat die er misschien wel zijn voor volgende kinderen. Het CDA vindt het van belang dat dit een heel zorgvuldig traject is, waarbij de Minister goed bekijkt welke aspecten meespelen. Ik ben het ermee eens dat we dit bij een algemeen overleg over medisch-ethische onderwerpen opnieuw moeten agenderen. De Minister wil voor de zomer met een stand van zaken komen. Ik denk ook aan de pakketdiscussie, die we tegen die tijd voeren. We kunnen op dat moment zorgvuldig bezien of we bepaalde zaken meenemen.
De Minister vindt de discussie over het Vlietland Ziekenhuis terecht, maar in de praktijk zien we nog steeds dat er vaak dingen niet goed lopen in de samenwerking. Er is een leidraad van het CPZ, maar wie ziet erop toe dat mensen echt in gesprek gaan? Ook dat ging weer niet goed bij het Vlietland Ziekenhuis. Hierop hoor ik graag een reactie van de Minister.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Ik onderschrijf van harte de beginconclusie van de Minister, dat het glas voor de geboortezorg in Nederland halfvol is. Ik mag hopen dat het, als er wat haast wordt gemaakt met alle mooie initiatieven, lukt om druk te krijgen op de nieuwe zorgstandaard en dat het glas voor twee derde of zelfs helemaal vol komt. De Minister heeft er het een en ander over gezegd. Ze vindt het mooi dat er zo veel initiatieven zijn. Ze wil die niet smoren, maar ze moeten wel landen in de zorgstandaard. Die standaard is immers nodig om te komen tot integrale bekostiging. De Minister zet daar druk op. Hoe zorgt ze voor druk op de ketel?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden. Ik begin met het onderwerp waarmee ik mijn betoog eindigde. Ik concludeerde dat geboorte een heel natuurlijk proces is en deed de oproep om ervoor te zorgen dat professionalisering niet leidt tot medicalisering. Het baart mij dus wel zorgen dat er steeds meer geboortes in het ziekenhuis plaatsvinden. Het is eigenlijk een natuurlijk proces, dat je in de thuissituatie wilt uitvoeren. Ik verwijs naar de brief van de NZa, waarin staat dat de kosten stijgen door de tariefstijging en de verschuiving van de eerste naar de tweede lijn. Daarnaast wordt een deel van de stijging veroorzaakt door de financiering van de transitie naar integrale geboortezorg. Die verschuiving van eerste naar tweede lijn baart mij zorgen. Ik ben benieuwd hoe de Minister dit ziet.
Er is een vraag blijven liggen over de ACM. Hoe verhoudt de ACM zich tot de samenwerking in de geboortezorg? Gaat de mededingingsautoriteit daar niet tussen zitten?
Ik ben net zo benieuwd naar de businesscase van de zorgverzekeraars in relatie tot de eigen bijdrage als de andere commissieleden.
Ik dank de Minister voor het antwoord over integrale bekostiging. Ik begrijp dat het voor haar geen doel op zich is, maar dat ze er pragmatisch mee omgaat en het gefaseerd wil invoeren.
Ik dank haar voor de toezegging om ZonMw te vragen naar een inventarisatie of er voldoende onderzoek wordt gedaan naar kinderen die met geassisteerde voortplanting zijn geboren. Excuus voor het woord, maar zo wordt het door de artsen genoemd. Ik ben benieuwd naar de stand van

zaken, waarbij ik uiteraard niets ten nadele van het werk van de Groningen Universiteit wil zeggen.
Ik heb enkele opmerkingen gemaakt in de richting van medische ethiek. Daar is dit debat niet voor bedoeld. Ik heb gesignaleerd dat er medisch gezien steeds meer mogelijk is, maar dat dit wel ethische vragen oproept. Ik zie uit naar de komende debatten met de Minister hierover.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Om met het laatste punt te beginnen: we hebben dit uiterst zorgvuldig en daarmee zeer traag geregeld. Ik weet dat mevrouw Dik-Faber een slagje anders denkt over de NIPT dan ik. Het zijn heel lange processen. Er gebeurt van alles in de samenleving. Dan willen we beleid eigenlijk sneller op de samenleving kunnen aanpassen, maar zo hebben we het niet geregeld. Ik accepteer dat en wacht braaf het advies af. Het feit dat de Gezondheidsraad eind 2016 komt met het advies over de screeningsketen zit me soms toch als een graatje in mijn keel. Ik zou dit een beetje sneller willen doen, want de wereld verandert snel. De wet staat dit echter niet toe. Maar goed, dit is even een hartenkreet.
Het proces in het Vlietland Ziekenhuis loopt. Zo'n proces verloopt soms heel moeilijk. Er zijn veel partijen bij betrokken: de verloskundigen, maar ook de gynaecologen, de zorgverzekeraars en de gemeenten. Ik kan niet vooruitlopen op de conclusie uit het proces, want ik weet dat in dit geval de zorgverzekeraar heel kritisch is. Het is maar de vraag of het überhaupt gebeurt. De zorgverzekeraar is daar in ieder geval niet van overtuigd. Er wordt nu gedaan alsof alles al besloten is, maar zo ver is het proces helemaal nog niet. Mijn rol is duidelijk. We hebben een systeem met normen ingezet. Op basis van die normen en allerlei criteria wordt getoetst door de NZa. Mevrouw Wolbert vraagt of de 45-minutennorm niet steeds meer onder druk komt. Deze norm wordt gemonitord door de NZa, niet zomaar, maar om in beeld te brengen of de zorgplicht vervuld kan worden. De NZa toetst ook daarop. Het is geen vrijblijvende monitor. Ik ben er nog niet van overtuigd dat de verloskundeafdeling in het Vlietland wordt gesloten. Ik kan daar niet zomaar iets over zeggen, want het proces loopt.

De heer **Van Gerven** (SP): Welke zorgverzekeraar is kritisch en waarom? Mijn vraag blijft staan. We kennen de wet en de regelingen. Waarom bieden we zorg niet gewoon dichtbij aan, als dat kan zonder kwaliteitsverlies en gewenst wordt door de samenleving? Waarom organiseren we het niet op die manier?

Minister **Schippers**: De betreffende zorgverzekeraar is DSW. Los van dit traject is het van belang dat in deze processen goed in ogenschouw wordt genomen hoe de situatie nu is en hoe de ontwikkeling naar de toekomst is. Ik ben er zelf geen partij in, omdat we ervoor hebben gekozen om er geen politiek proces maar een regionaal proces van te maken. In de ene regio verloopt dit anders dan in de andere.
Het RIVM doet de bereikbaarheidsanalyse. Daarmee houdt het RIVM in de gaten hoe de situatie op wegen is en wordt gemeten in hoeverre aan de 45-minutennorm wordt voldaan. De NZa meet of aan de zorgplicht kan worden voldaan. Daar ligt mijn verantwoordelijkheid. Zodra daaraan niet wordt voldaan, is het evident dat we via de toezichthouders ingrijpen.

De heer **Van Gerven** (SP): Er is geen enkele wetenschappelijke norm die zegt dat men een minimaal aantal bevallingen moet doen. Het is van belang dat er voldoende gynaecologen zijn om zeven dagen per week 24-uurszorg te bieden. Dat is de crux bij de klinische verloskunde. Er zijn in het Vlietland ruim voldoende gynaecologen. Gezien het aantal bevallingen is het niet aan de orde dat dit in de nabije toekomst anders zal zijn. De Minister laat de 45-minutennorm beoordelen, waarbij wordt bezien of een kritische situatie ontstaat. Dan wordt gezegd: als de nieuwe

snelweg er is, mag het, en anders niet. Daar gaat het niet om. De vraag is waarom we niet regelen dat het dichtbij kan, als dat kan en ook de uitdrukkelijke wens is van de Minister en van de politiek. Waarom regelt de machtigste vrouw in de zorg niet dat het die kant op gaat?

Minister **Schippers**: Dat laatste zou ikzelf nooit bevestigen. Wij stellen allerlei eisen: bereikbaarheids-, toegankelijkheids- en kwaliteitseisen. Uiteindelijk is het de situatie in de regio die de beste zorg bepaalt. De kwaliteitseisen zijn behoorlijk aangescherpt. Daar heeft de stuurgroep een enorme bijdrage aan geleverd, met een eisenpakket dat veel op gang heeft gebracht in de geboortezorg in Nederland. Dat is maar goed ook, want we hadden wel wat in te halen. Ik denk dat de eis om 24/7 gynaecologen aanwezig te hebben en andere eisen die via de stuurgroep veel pregnanter naar voren zijn gekomen, heel belangrijke kwaliteitseisen zijn. De zorg moet daaraan voldoen. We hebben een verschil van inzicht over de vraag of ik eigenaar ben van ziekenhuizen en dus kan afdwingen hoe en waar zij hun zorg invullen. Dat kan ik niet. We hebben wel eisen gesteld aan bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Het is mijn verantwoordelijkheid om erop toe te zien dat aan die eisen wordt voldaan.
Hoewel het niet mijn directe verantwoordelijkheid is, vind ik wel dat het proces fatsoenlijk moet verlopen en dat men iedereen erbij moet betrekken. Daarop heb ik inderdaad ingegrepen. Alle partijen moeten betrokken zijn en ook de bevolking moet worden gehoord.
Heb ik een stok achter de deur met een deadline voor de standaard? Zolang er voortgang is, is het wat mij betreft positief. Zodra het stokt, komt het Kwaliteitsinstituut in actie. Voorlopig zien wij voortgang bij de zorgstandaard. Dat is heel mooi. Het is niet acceptabel als het stokt doordat men in een patstelling belandt. Dan vraag ik het Kwaliteitsinstituut om besluiten te nemen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Het kan zijn dat de standaard uitblijft, omdat sommige regio's van ver moeten komen of VSV's nog maar aan het begin van trajecten staan. Als dat zo is, is het dan een optie om na te denken over de inzet van mediators, aanjagers, uitwerk- of ondersteuningsteams, vliegende keeps of weet ik wat we allemaal in de aanbieding hebben om processen te versnellen? Kan dit een optie zijn, om niet af te wachten totdat het stokt maar proactief te sturen?

Minister **Schippers**: Ons ultieme aanjaagteam heet CPZ. Het is er speciaal voor opgericht. Het is geen kwestie van achterblijvende regio's. Het gaat erom dat beroepsgroepen het eens moeten worden over de zorgstandaard. Op een gegeven moment kun je blazen wat je wilt, maar als het vuurtje niet harder gaat branden moet je iets anders doen. Er is nu voortgang. Ik wil niet te negatief zijn. Zolang er voortgang is, komen we dichter bij een zorgstandaard. Als het proces stokt en stil komt te liggen, vraag ik het Kwaliteitsinstituut om het over te nemen. Het CPZ probeert faciliterend op te treden en daar waar het centrum een rol kan spelen moet het dat vooral doen. Als het proces stokt, is doorzettingsmacht nodig.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): We zitten in jaar zes van een traject van tien jaar. We hebben nog vier jaar te gaan. Is het mogelijk dat de Minister met het CPZ nadenkt over manieren om het CPZ te faciliteren om hierin een extra slag te maken? Ik ben het erg met haar eens dat we een vuurtje dat smeult maar wel doorbrandt, niet moeten blussen door er zo veel hout op te gooien dat het uitgaat.

Minister **Schippers**: Met het CPZ hoef je niet over urgentie te praten. Het heeft dit hoog in het vaandel. Ik kan niet anders doen dan aangeven dat ik ingrijp als de ontwikkelingen stokken. Het kan geen geheim zijn, en dat is

het ook niet, dat het Kwaliteitsinstituut ingrijpt als de beroepsgroepen het zelf niet voor elkaar krijgen. Dat zijn de mensen die er verstand van hebben.
Het is inderdaad zo dat we een betere positie van de kraamzorg moeten hebben, beter ingebed. De integrale keten moet daarop gericht zijn. Ik weet niet hoe de banden tussen de kraamzorg en de Centra voor Jeugd en Gezin zijn. Dat ga ik na, ook voor de signaleringsfunctie. Ik neem deze informatie in de veegbrief mee.
Voorlichting over preconceptie op scholen vind ik een goed idee. Ik heb gezegd dat ik dit idee aan het CPZ zal doorgeven, zodat het meekan in het actieplan. Ik weet alleen dat ik vaak nul op het rekest krijg, omdat ik ook weleens probeer iets met sport te doen op scholen. Scholen hebben in die zin gelijk dat er veel goede doelen op hen afkomen. Het kan op een goede manier. Het gaat inderdaad om leeftijdsgroepen waar we dan op tijd bij zijn. Het is een goede suggestie en ik neem deze mee.
De invoering van de integrale bekostiging doe ik zorgvuldig. Ik kan de commissie geruststellen: ik ga het niet met een big bang doen. Daar heb ik mijn bekomst van. De regio's die eraan toe zijn kunnen we omzetten, waardoor we een natuurlijke overgang krijgen naar deze nieuwe manier van financiering.
Ik neem contact op met de Gezondheidsraad over het onderzoek op DNA-niveau. Het is mij niet bekend, maar ik vraag wat er precies is en zal de raad verzoeken om dit onderzoek te doen als daarvoor mogelijkheden zijn. Ik heb het niet scherp op mijn netvlies.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Het zat bij de stukken, ik dacht zelfs bij een brief van de Minister. Het kan ook in het rapport van de Gezondheidsraad hebben gestaan. Het was de laatste alinea.

Minister **Schippers**: Dat kan heel goed. Ik stuur heel veel brieven. Het lijkt me eerder iets uit het rapport van de Gezondheidsraad. Als er mogelijkheden zijn die we niet benutten, voel ik me gemotiveerd om dit aan de raad te vragen. Het is me alleen ontschoten dat de Gezondheidsraad mij dit verzoek heeft gedaan. Mevrouw Dijkstra heeft het bij dezen opgefrist.

De **voorzitter**: Komt de terugkoppeling hierop ook in de veegbrief?

Minister **Schippers**: Het worden wel dikke brieven. Ik vraag dit en begrijp dat de commissie een bevestiging wil als ik het gevraagd heb.
Ik zal de CDA-nota doorsturen aan het CPZ. Het centrum werkt aan zijn programma. Leefstijl zit in de portefeuille van de Staatssecretaris. We hebben een programma op leefstijl, niet alleen Alles is gezondheid, maar ook de nota voor de gemeenten waarin het terugdringen van roken nog steeds als een van de prioriteiten staat. Daar waar ik in het beleid voor geboortezorg iets kan doen, breng ik dit bij het CPZ onder de aandacht.
Ik weet niet of de zorgverzekeraars businesscases hebben over de eigen bijdrage. Ik ga ze opvragen. Zodra ik ze heb, kom ik er bij de Kamer op terug. Ik weet niet hoeveel tijd het me kost om deze informatie naar boven te krijgen.
Ik kan mevrouw Bruins Slot geruststellen. Ik ga niet halsoverkop iets doen aan de hielprikscreening. Het is informatie waar zo ongelooflijk veel aan vastzit, dat ik er diep op in wil gaan. Ik doe dit heel zorgvuldig en stuur de Kamer in de zomer de stand van zaken toe.
De leidraad voor samenwerking is van de inspectie, dus de inspectie bekijkt dit. Heel veel mensen bekijken dit proces. Het loopt niet altijd goed. We hebben er eerder over gesproken. De inspectie moet het aangeven als zij van mening is dat het proces niet goed loopt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het valt mij op dat het proces heel vaak niet goed loopt, bij het Vlietland Ziekenhuis, maar ook bij een aantal andere

ziekenhuizen. Klaarblijkelijk kan er een verbeterslag plaatsvinden in het vanaf het begin betrekken van alle partijen, zodat het niet achterkamertjes-beslissingen zijn van ziekenhuizen om dit soort voorzieningen af te schieten, om het maar even kort door de bocht te zeggen.

Minister **Schippers**: Ik ben het daar niet mee eens. De leidraad is van het CPZ, ik was even in de war. Het CPZ heeft de leidraad opgesteld naar aanleiding van een aantal cases die niet goed zijn verlopen. Die kunnen we ons allemaal herinneren, want daarover hebben we verschillende malen gesproken. Toen heb ik het CPZ gevraagd om veel meer de regie te nemen. Het CPZ heeft vervolgens een leidraad geschreven. Het weet van alle regio's wat de situatie is. Als er een verandering in een regio is, is niet iedereen het daarmee eens. Het is ook niet zo dat je iedereen altijd op één lijn kunt krijgen, maar er moet wel een goede procedure zijn. Het CPZ zit daar bovenop. Er zijn ook regio's waar het wel goed gaat. Als je ergens iets verandert, zijn er altijd mensen die vinden dat het niet moet en die je misschien niet kunt overtuigen. Dit is echter van een andere orde dan een niet goed verlopend proces.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het gaat nog steeds niet goed met het betrekken van de juiste en van alle partijen. Vaak gebeurt er iets. Dan denken partijen: waarom zijn wij niet geconsulteerd? Dan moet er een nieuwe stap worden gemaakt en wordt een rits aan Kamervragen gesteld, door het CDA, maar ook door de SP en de PvdA. Dan gaat het proces grondig van start. Wij willen dat het vanaf het begin grondig gebeurt.

Minister **Schippers**: Dit is de verantwoordelijkheid van CPZ. Het CPZ zit hier bovenop en spreekt partijen aan als het proces niet op de goede manier verloopt. Over het Vlietland weet ik dat de zorgverzekeraar nog niet overtuigd is van de verplaatsing. We zitten in een fase waarin we niet moeten doen alsof het een afgerond traject is. Het is een soort «onderhanden werk».
De druk op de ketel van de zorgstandaard heb ik met het Kwaliteitsinstituut voorhanden. Het instituut wordt ingezet, mocht dat nodig zijn.
Ik heb geen oordeel over de verschuiving van de eerste naar de tweede lijn voor bevallingen. Ik wil de juiste zorg op de juiste plek. Ik wil ook integrale zorg. Als iemand er zelf voor kiest om thuis te bevallen, moeten we bekijken hoe we dat op een kwalitatief goede manier kunnen doen. Als iemand daar bang voor is of om een andere reden naar het ziekenhuis wil, kan dat. De natuurlijke manier, zoals we dit in Nederland doen, is best iets waar we trots op mogen zijn. Overdrachtsmomenten blijven in de zorg altijd een precair iets. Dat is ook in deze zorg het geval. Ik zet in op integrale zorg.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Natuurlijk ben ik het helemaal eens met wat de Minister naar voren brengt. Ik vrees dat de geboortezorg sterk gemedicaliseerd wordt en dat er door die medicalisering een verschuiving plaatsvindt van de eerste naar de tweede lijn. Er kunnen onderliggende redenen zijn, die wij nu niet zien, waardoor zo'n verschuiving plaatsvindt. Is het de moeite waard om hier onderzoek naar te doen met een quickscan? De beste zorg op de beste plek is één ding, maar medicalisering voor iets wat niet nodig is moeten we voorkomen. Dat drijft de zorgkosten op.

Minister **Schippers**: Ik hoor van mijn deskundigen dat de bekostiging daaraan bijdraagt. Ik vraag me dit overigens af, want er is ook een eigen betaling. Die draagt daar dan weer niet aan bij. Ik kan me ook voorstellen dat het iets is wat verandert in een samenleving. De bekostiging moet er in ieder geval aan bijdragen dat we de juiste zorg op de juiste plek krijgen en dat we niet opschalen als het niet nodig is. Daarvoor moeten we een

goede keten hebben. Als die goede keten goed samenwerkt, kunnen we het met een gerust hart daar laten en hoef je niet op te schalen. We hebben een ongelooflijk goede beroepsgroep, die heel deskundig is. Mijn ervaring is dat men zijn hand nooit overspeelt. We moeten het wel een slag beter organiseren. Ik hoop met de integrale bekostiging die slag te kunnen maken.
De ACM heeft de organisatiemodellen bekeken. Die zijn ingegeven vanuit kwaliteit. Daar zie ik geen hobbel op de weg voor de integrale bekostiging.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik heb een paar brieven ontvangen. Juist bij de verloskundigenzorg is veel onbekendheid met de ACM-richtlijn, omdat men vermoedt dat deze vooral geldt voor huisartsenzorg. De perceptie is dat verloskundigen heel erg moeten oppassen, omdat ze voor ze het weten de ACM op de stoep hebben staan. Hoe kunnen we de bekendheid met de richtlijn vergroten?

Minister **Schippers**: Om dit te voorkomen, heeft de ACM aan de voorkant meegekeken met de modellen. Mevrouw Dik-Faber hoeft daarover geen zorgen te hebben. Als een beroepsgroep er wel zorgen over heeft, adviseer ik die groep contact op te nemen met de ACM. We horen dat er ontzettend veel mistige verhalen de ronde doen, die uiteindelijk niet blijken te kloppen als men in gesprek raakt. Neem vooral contact op met de ACM. Als de beroepsgroep er toch twijfels over heeft, moeten we die goed doornemen. Ik zal hen daar zelf ook over bevragen. Het argument om niet te hoeven samenwerken omdat het niet mag, is mij een doorn in het oog. Er mag veel meer dan mensen denken. Ik neem contact op met de KNOV en bespreek dit met hen, om deze situatie te voorkomen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Het punt van de DNA-screening staat op pagina 84 van het rapport: hoe in te spelen op de toekomst bij de aanbevelingen die de Gezondheidsraad heeft gedaan?

De **voorzitter**: Hiermee zijn we aan het einde van dit debat. Ik heb de volgende toezeggingen genoteerd:
– De Kamer ontvangt in januari, mei en medio zomer een aantal specifieke brieven. Moet ik ze herhalen? We hebben er voldoende over gezegd.

Minister **Schippers**: Over de evaluaties ga ik geen brieven schrijven. Die stuur ik in één keer door.

De **voorzitter**: De evaluaties die zijn toegezegd komen direct door naar de Kamer, in januari en de zomer.
– In de veegbrief van januari wordt de Kamer bericht over onder meer het oordeel van ZonMw inzake eventueel onderzoek naar de langetermijneffecten bij kinderen die via IVF dan wel geassisteerde voortplanting zijn verwekt, informatie over de businesscase van zorgverzekeraars in relatie tot de eigen bijdrage, het verband tussen kraamzorg en het Centrum Jeugd en Gezin en onderzoek op DNA-niveau, conform het verzoek in het rapport van de Gezondheidsraad op pagina 84.

Ik zie dat mevrouw Bruins Slot een laatste toevoeging heeft.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik mis de toezegging over de hielprikscreening op onbehandelbare aandoeningen.

De **voorzitter**: Dat is een van de onderzoeken. Ik heb ze niet allemaal genoemd, maar het staat hier wel op het lijstje.
De heer Van Gerven heeft een VAO aangevraagd. Wij zullen dit aanmelden bij de centrale griffie, met als eerste spreker de heer Van Gerven. Ik dank de Minister, de ambtelijke ondersteuning en de Kamerleden voor hun

inbreng en de mensen die het debat gevolgd hebben, hier of op een andere manier, voor hun belangstelling.

Sluiting 16.12 uur.